

УДК 616.36-004-089.168.1-02:616.361-002.1

DOI: 10.34215/1609-1175-2020-1-88-90

## Ложная послеоперационная киста печени – редкая причина острого холангита

Г.В. Мартынова<sup>1</sup>, А.В. Святненко<sup>1,2</sup>, А.В. Осипов<sup>1,2</sup>, А.Е. Демко<sup>1,2</sup>, Д.А. Суоров<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия;<sup>2</sup> Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Клиническое наблюдение обструкции внепеченочных желчных путей приобретенной ложной кистой печени, возникшей у женщины 52 лет после лапароскопической холецистэктомии. Представлены этапы диагностического поиска причин билиарного блока, хирургического лечения и течения послеоперационного периода.

**Ключевые слова:** синдром Мирizzi, дренирование желчных путей, острый холангит, киста печени

Поступила в редакцию 28.11.2019 г. Принята к печати 13.01.2020 г.

**Для цитирования:** Мартынова Г.В., Святненко А.В., Осипов А.В., Демко А.Е., Суоров Д.А. Ложная послеоперационная киста печени – редкая причина острого холангита. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2020;1:88–90. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-88-90

**Для корреспонденции:** Осипов Алексей Владимирович – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела гепатохирургии Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, доцент кафедры военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6/1), ORCID: 0000-0003-1533-6343; e-mail: osipov@emergency.spb.ru

## False postoperative liver cyst: A rare cause of acute cholangitis

G.V. Martynova<sup>1</sup>, A.V. Svyatnenko<sup>1,2</sup>, A.V. Osipov<sup>1,2</sup>, A.E. Demko<sup>1,2</sup>, D.A. Surov<sup>1,2</sup><sup>1</sup> St Petersburg Research Institute of Emergency Medicine named after I.I. Dzhanelidze, Saint Petersburg, Russia;<sup>2</sup> Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint Petersburg, Russia

**Summary:** Clinical case of extrahepatic biliary obstruction of acquired false liver cyst having occurred in a woman aged 52 years old after laparoscopic cholecystectomy. Stage of diagnosis of biliary unit, surgical treatment and the course of postoperative period are presented.

**Keywords:** Mirizzi syndrome, biliary drainage, acute cholangitis, liver cyst

Received: 28 November 2019; Accepted: 13 January 2020

**For citation:** Martynova GV, Svyatnenko AV, Osipov AV, Demko AE, Surov DA. False postoperative liver cyst: A rare cause of acute cholangitis. *Pacific Medical Journal*. 2020;1:88–90. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-88-90

**Corresponding author:** Aleksey V. Osipov, MD, PhD, lead researcher of the HPB Department, Saint Petersburg Research Institute of Emergency Medicine n.a. I.I. Dzhanelidze; associate professor, Chair of Naval Surgery, Military Medical Academy n.a. S.M. Kirov (6/1 Akademika Lebedeva St., Saint Petersburg, 194044, Russian Federation); ORCID: 0000-0003-1533-6343; e-mail: osipov@emergency.spb.ru

Различные осложнения лапароскопической холецистэктомии встречаются в 0,1–0,6 % случаев [1]. Учитывая, что заболевания желчевыводящей системы диагностируются более чем у 10 % населения планеты с тенденцией к увеличению их абсолютного числа, количество таких наблюдений достаточно высоко. Вмешательства на желчевыводящих путях все чаще проводятся малоинвазивно, при этом повреждения различных анатомических структур протекают значительно тяжелее и носят более сложный характер, чем при традиционном хирургическом лечении [2]. Наиболее опасными осложнениями здесь считаются повреждения желчевыводящих путей и кровеносных сосудов печени [3]. К факторам риска осложнений относятся: хронический воспалительный инфильтрат в области желчного пузыря, ожирение, избыточное отложение жировой ткани в области гепатодуоденальной связки, плохая экспозиция и визуализация в области треугольника Кало [4]. В литературе описаны

и классифицированы наиболее часто встречающиеся осложнения лапароскопической холецистэктомии, в то же время интраоперационная травма печени с последующим образованием ложной кисты обозначена лишь номинально [5]. Рассматриваемый клинический случай можно считать иллюстрацией этого редкого осложнения.

Пациентка К., 52 лет, 17.05.2015 г. была госпитализирована в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, с жалобами на желтушность кожных покровов и боли в правом подреберье. В ходе обследования установлен диагноз: «Желчекаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. Синдром Мирizzi 1-го типа. Механическая желтуха». При поступлении уровень общего билирубина составлял 120,9 мкмоль/л, прямого – 110 мкмоль/л.

18.05.2015 г. по неотложным показаниям выполнена лапароскопическая холецистэктомия, во время которой подтвержден синдром Мирizzi 1-го типа. Образований печени и печеночно-двенадцатиперстной связки не найдено. В связи с техническими сложностями во время операции и высокой

вероятностью ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков проведено дренирование холедоха по Холстеду с интраоперационной холангиографией и дренированием подпеченочного пространства. Травмы желчных путей были исключены, но в послеоперационном периоде наблюдалось желчеистечение по контрольному дренажу в объеме до 150–200 мл в сутки. Отмечался рост уровней общего билирубина (до 160,8 мкмоль/л), аланинаминотрансферазы (до 116,1 ед./л) и аспартатаминотрансферазы (до 63,9 ед./л). При контрольной чрездренажной фистулографии с урографинном констатировано отсутствие сообщения дистальных и проксимальных отделов общего желчного протока, при этом контраст свободно попадал в двенадцатиперстную кишку.

23.05.2015 г. проведено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей. На интраоперационной чрезфистульной холангиограмме визуализировались расширенные внутрипеченочные протоки, определялась окклюзия общего печеночного протока на уровне слияния левого и правого печеночных протоков. При помощи гидрофильного проводника сужение преодолено, дренаж установлен в дистальной трети общего желчного протока. 28.05.2015 г. при магнитно-резонансной холангиографии впервые обнаружены признаки новообразования общего печеночного протока. В послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика в виде снижения уровней общего и прямого билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и щелочной фосфатазы в крови. Дебит желчи составлял 200–350 мл в сутки. 16.06.2015 г. пациентка выписана под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства.

Женщина амбулаторно наблюдалась в клинике, и при компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным контрастированием были выявлены признаки билиарной гипертензии в левой доле печени с аэробилией и расширением Вирсунгова протока в области головки поджелудочной железы. Прямых признаков новообразования ворот печени обнаружено не было. По данным контрольной чрездренажной холангиографии контрастное вещество свободно поступало в 12-перстную кишку, конкрементов в желчных протоках не обнаружено. После нормализации лабораторных показателей через два месяца после операции чрескожный и трансдуктальный дренажи были удалены.

29.09.2016 г. (через 4 месяца после начала заболевания) доставлена в НИИ СП им. И.И. Джanelидзе в экстренном порядке с клиническими проявлениями острого холангита: боли в правом подреберье, желтуха, лихорадка. При ультразвуковом исследовании отмечались признаки билиарной гипертензии, неравномерное кистозное расширение холедоха (до 15 мм). Ввиду отсутствия положительной динамики на фоне консервативной терапии (по данным лабораторных и инструментальных исследований), а также прогрессивного ухудшения состояния 04.10.2016 г. выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей через правый долевого проток. При интраоперационной фистулографии отмечен дефект наполнения общего печеночного протока протяженностью 7 мм (рис. 1, а). После дополнительного введения контраста выше дефекта наполнения определялось престенотическое расширение общего печеночного протока до 5 мм и прохождение контраста далее с выявлением конусовидного сужения до 2 мм (рис. 1, б). Контраст поступал в 12-перстную кишку. По данным спиральной компьютерной томографии от 10.10.2016 г., внутрипеченочный желчные протоки были расширены, преимущественно в левой доле. Диаметр левого долевого протока – 23,3 мм, холедоха – 5,1 мм, общего печеночного протока – 3,5 мм. При

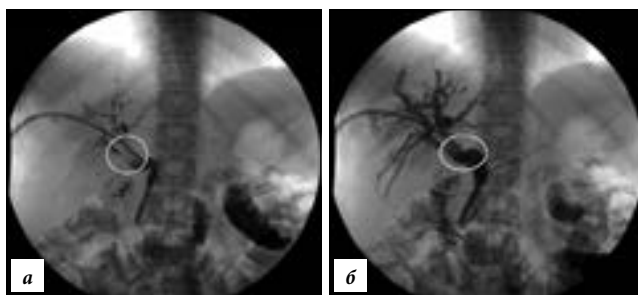


Рис. 1. Интраоперационная фистулография от 04.10.2016 г. (пояснения в тексте).

компьютерной томографической фистулографии законтрастировались желчные протоки правой доли печени, общий печеночный и общий желчный протоки.

По данным амбулаторной магнитно-резонансной холецисто-холангио-панкреатографии от 14.11.2016 г., левый долевого проток печени был расширен до 23 мм, правый долевого – до 4 мм, общий печеночный – до 15 мм. Внутрипеченочные протоки оказались расширенными до 3 мм (преимущественно в левой доле), определялись холедохэкстазия перед участком сужения дистальной части общего желчного протока и признаки гипертензии в левом долевого протоке печени.

02.12.2016 г. в связи с появлением клиники рецидивирующего острого холангита, дополнительно было выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей через левый долевого проток. По данным фистулографии от 05.12.2016 г., холедох имел диаметр до 8 мм, общий печеночный проток – до 7 мм, внутрипеченочные протоки также были расширены. Заключение после фистулографии от 08.12.2016 г.: состояние после чрескожного чреспеченочного дренирования левого печеночного протока. Ретроградно через дренаж были контрастированы желчные протоки: холедох диаметром 7 мм, умеренно расширенные долевого протоки, стриктура дистального отдела левого печеночного протока. Контрастирован и панкреатический проток. Контрастное вещество поступало в 12-перстную кишку.

26.04.2017 г. дренажи планово заменены на эндобилиарные протезы размером 12 Fr. На фоне антибактериальной и инфузионной терапии явления холангита купировались, пациентка в течение семи месяцев лечилась амбулаторно. За время наблюдения отмечалось похудание с 88 до 56 кг (индекс массы тела изменился с 28 до 18,5), слабость, потеря работоспособности, периодические подъемы температуры тела до 38°C. В связи с указанными жалобами женщина была помещена в клинику для планового оперативного лечения.

07.11.2017 г. (через 1,5 года от начала заболевания) под общей анестезией была выполнена верхне-средняя лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружен выраженный спаечный процесс в подпеченочном пространстве. Спайки остро и тупо разделены. Выполнена диссекция печеночно-двенадцатиперстной связки, в области конfluence визуализирована ложная киста размерами 5×3×3 см (рис. 2). Общий желчный проток оказался расширенным до 15 мм на всем протяжении. После его вскрытия ниже пузырного протока были удалены эндобилиарные протезы, проведена холедохоскопия, связи желчных протоков с кистой не выявлено. Интраоперационно выполнена экспресс-биопсия стенки кисты – атипичных элементов не найдено. Учитывая доброкачественный характер образования, отсутствие его связи с желчным деревом, принято решение об удалении. Стенки кисты были иссечены и отправлены на гистологическое исследование. В связи с тем, что имелись



Рис. 2. Ложная киста печени с компрессией общего желчного протока (интраоперационная съемка).

плотные рубцовые сращения между кистой и передней стенкой общего печеночного протока, она также была иссечена. Выполнена пластика дефекта общего печеночного протока за счет избыточных тканей пузырного протока на чреспеченочном дренаже. Продолжительность операции – 156 мин., интраоперационная кровопотеря 140 мл. Больная находилась в отделении интенсивной терапии в течение 11 часов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На контрольной фистулографии холедох и внутрипеченочные протоки расширены не были. При сонографии признаков билиарной гипертензии и новообразований печени не выявлено. Биохимические анализы крови в пределах нормы. Уровни общего и прямого билирубина составляли 7,5 и 6,4 мкмоль/л, соответственно. На 15-е сутки послеоперационного периода пациентка была выписана на амбулаторное лечение. Через 30 суток дренаж из желчных протоков удален. Динамическое наблюдение в течение 18 месяцев с системным контролем клинических и биохимических показателей позволяет сделать заключение об успешности оперативного лечения. Рецидивов острого холангита не зарегистрировано. Признаков билиарной гипертензии нет. Больная чувствует себя удовлетворительно, жалобы исчезли полностью.

Таким образом, представлено клиническое наблюдение острого рецидивирующего холангита вследствие обструкции внепеченочных желчных протоков ложной кистой печени, возникшей, по-видимому, в результате ее повреждения во время лапароскопической холецистэктомии. Несмотря на то, что описания

подобных случаев в литературе встречаются крайне редко, необходимо помнить о возможности возникновения указанной патологии. В дифференциальной диагностике причин билиарного блока необходимо использовать все лучевые и клинические методы диагностики. Удаление кисты с пластикой общего желчного протока собственными тканями без формирования билиодигестивного анастомоза может применяться у больных с доброкачественными образованиями, тесно связанными с внепеченочными желчными протоками.

**Конфликт интересов:** авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Источник финансирования:** авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

**Участие авторов:**

Концепция и дизайн статьи – ДАС, АВС

Сбор и обработка материала – АВО

Написание текста – ГВМ

Редактирование – АЕД

#### Литература / References

1. Terho PM, Leppaniemi AK, Mentula PJ. Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: A retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. *World J Emerg Surg.* 2016;11(1):54–62.
2. Панченков Д.Н., Мамалыгина Л.А. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков: диагностика и хирургическая тактика на современном этапе. *Анналы хирургической гепатологии.* 2004;9(1):156–63. [Panchenkov DN, Mamalygina LA. Iatrogenic bile ducts lesions: Diagnosis and modern surgical tactics. *Annals of HPB Surgery.* 2004;9(1):156–63. (In Russ).]
3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С., ред. *Руководство по хирургии желчных путей.* М.: Видар, 2009. 568 с. [Galperin EI, Vetshev PS, eds. *Biliary Surgery Guide.* Moscow: Vidar; 2009. 568 p. (In Russ).]
4. Martin RF, Rossi RL. Bile duct injuries. Spectrum, mechanisms of injury, and their prevention. *Surg Clin North Am.* 1994;74(4):781–803.
5. Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Прядко А.С., Алиев А.К. Травмы желчевыводящих протоков и системный подход к их устранению. *Анналы хирургической гепатологии.* 2019;24(1):71–82. [Romashchenko PN, Maystrenko NA, Pryadko AS, Aliev AK. Bile duct injuries and systemic approach to the treatment. *Annals of HPB Surgery.* 2019;24(1):71–82 (In Russ).]